

OSPEDALE AMEDEO DI SAVOIADIPARTIMENTO DI AREA **MEDICA**

SSD DAY HOSPITAL - CENTRO OSTEOMIELITI

CARTELLA CLINICA N.

--	--	--	--	--	--

Cognome e nome _____ Professione _____

nato a _____ il _____ età _____

domicilio _____ tel. _____

Entrato: _____ Diagnosi entrata _____

Uscito: _____ Diagnosi uscita _____

Accompagnat da _____

ANAMNESI FAMILIARE: Ascendenti _____

Collaterali _____

ANAMNESI FISIOLOGICA: _____ *Primo sviluppo psico-somatico* _____

VACCINAZIONI: antivaaiolosa _____ con esito _____ : antidifterica _____

antitetanica _____ *antipoliomelitica* _____

Altre vaccinazioni

Sieroterapia	MENARCA	MENOPAUSA
--------------	---------	-----------

ABITUDINI DIETETICHE E VOLUTTUARIE

IPERSENSIBILITÀ AI MEDICAMENTI

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA: delle malattie infettive ha superato:

morbillo *varicella* *pertosse* *scarlattina*

parotite *difterite* *ileotifo* *rosolia*

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA:

STATO PRESENTE

Soggetto dall'apparente età di _____ anni. Stato di nutrizione _____

Stato di sanguificazione _____ Giace in decubito _____

Psiche _____ Polso _____ Respiro _____ Temperatura _____

P.A.O.S. max _____ min _____ mm Hg _____

Cute ed annessi _____

Apparato osteo articolare _____

CAPO

Occhi _____	Naso _____
Lingua _____	Orofaringe _____
Collo _____	Orecchi _____
Parotiti _____	Tiroide _____

TORACE

F.V.T. _____ Percussione _____

Ascoltazione _____

CUORE

Ispezione _____ Aia cardiaca _____

Ascoltazione _____

ADDOME

Fegato _____ Milza _____

SISTEMA NEURO - MUSCOLARE

Mobilità _____

Sensibilità _____

Reflettività _____

Altri segni neurologici _____

SISTEMA LINFO - GHIANDOLARE



MOD. INFORMATIVA Per estratto ai pazienti - 01	emissione GEN. 2020
Revisione	ultima revisione

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ART. 13 -14 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 - GDPR
in estratto

GENTILE SIG.RA/SIG.RE,

L'ASL Città di Torino Le fornisce le informazioni principali sul trattamento dei Suoi dati personali nell'ambito delle proprie attività istituzionali nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Questo documento è **un estratto** del documento integrale pubblicato nella sezione "Privacy" del sito web www.aslcit-taditorino.it. che La invitiamo a consultare per ulteriori approfondimenti.

Il Titolare del trattamento dei dati è l'ASL Città di Torino.

Il Responsabile per la Protezione dei Dati o Data Protection Officer (RPD o DPO) è l'Avv. Stefano Comellini.

Responsabili dei dati sono tutti i direttori delle strutture di quest'ASL, delegati dal Titolare.

Autorizzati al trattamento sono tutti gli operatori formalmente a ciò preposti dal Titolare o dai suoi delegati.

NATURA/TIPOLOGIA DEI DATI TRATTATI

I dati soggetti a trattamento possono essere dati comuni (nome, cognome, data di nascita ...), dati particolari (es. dati relativi alla salute, vita e orientamento sessuale, dati genetici e dati biometrici), dati giudiziari.

Per trattamento si intende qualsiasi operazione o insieme di operazioni applicate ai dati personali (es. raccolta, registrazione, consultazione, modifica, cancellazione), con o senza l'ausilio di strumenti informatici.

BASE GIURIDICA E FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I suoi dati sono trattati al fine di fornirle le prestazioni socio-sanitarie di cui necessita.

Il trattamento dei suoi dati personali da parte dell'ASL Città di Torino avviene in quanto è previsto e consentito da una norma di legge oppure per finalità di interesse pubblico rilevante; **dunque, di norma, non è necessario che Lei presti il suo consenso**. Le finalità di questa Azienda, per cui è implicito il consenso al trattamento dei dati sono a titolo esemplificativo la tutela della salute e dell'incolumità fisica; la tutela della salute e dell'incolumità fisica di terzi e della collettività; la tutela socio - assistenziale e interventi di rilievo sanitario a favore di soggetti bisognosi, non autosufficienti o incapaci; gli adempimenti amministrativi, gestionali e contabili, correlati alle predette attività; le attività di certificazione medico legale; l'attività epidemiologica e statistica in adempimento ad obblighi di legge, l'attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria, la gestione di esposti/lamentele/contenziosi, la tutela in giudizio dell'ASL.

TRATTAMENTI CHE RICHIEDONO UN SUO ESPlicito CONSENSO

I trattamenti di dati per cui è necessario uno specifico consenso sono a titolo di esempio: i trattamenti effettuati tramite Dossier Sanitario e Fascicolo Sanitario Elettronico, i trattamenti per fini di formazione, studio e/o ricerca scientifica anche nell'ambito delle sperimentazioni cliniche, i trattamenti di dati genetici, di dati biometrici, mediante utilizzo di immagini, riprese e video, di dati nell'ambito della tele assistenza/telemedicina al fine di consentire la trasmissione a distanza di tracciati e immagini; i trattamenti per l'implementazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di patologia, i trattamenti derivanti dall'utilizzo di applicazioni informatiche (app mediche, consegna referto on line, ecc.) Per i suddetti trattamenti lei riceverà ulteriori e specifiche informazioni e dovrà sottoscrivere il relativo consenso.

CONFERIMENTO DEI DATI

Ad eccezione di eventuali obblighi di legge, il conferimento dei dati personali richiesti da parte dell'ASL Città di Torino è facoltativo, ma risulta necessario al pieno raggiungimento delle finalità sopra enunciate. Dati incompleti o mancanti possono comportare alla possibilità di errore e l'impossibilità da parte del personale addetto di gestire l'attività a cui è preposto.

MODALITA' DI TRATTAMENTO E TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI

Il trattamento dei dati all'interno di questa ASL avviene unicamente se indispensabile, mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei suoi dati; può essere effettuato sia tramite supporti cartacei, sia attraverso l'ausilio di mezzi elettronici informatici o tecnico-scientifici. I suoi dati sono trattati da personale a ciò autorizzato dal Titolare del trattamento o da un suo delegato e sono conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per cui sono raccolti, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge, tenuto conto di quanto previsto dal Piano di conservazione della documentazione aziendale (cd. Massimario di scarto)

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ART. 13 -14 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 - GDPR
in estratto

COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali in ambito sanitario possono essere oggetto di comunicazione per le finalità istituzionali e nei limiti consentiti dalla normativa. I dati forniti potranno essere comunicati nelle sole parti essenziali, per ottemperare ad obblighi e finalità amministrative, ispettive, investigative, e/o di legge degli organismi preposti, a soggetti pubblici e privati, enti ed istituzioni per il raggiungimento delle rispettive finalità (es. Aziende/enti del servizio sanitario, Enti locali (Regioni e Comuni) Enti Previdenziali (INPS, INAIL), strutture sanitarie private, case di riposo, Forze dell'Ordine, Autorità Giudiziaria, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta quando previsto, compagnie assicurative, legali e consulenti, ecc.); I dati relativi al suo stato di salute non vengono diffusi.

TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI EXTRA UE E PROFILAZIONE

L'ASL Città di Torino non trasferisce di norma dati al di fuori dell'Unione Europea. Eventuali trasferimenti di dati nei paesi extra UE sono effettuati previa verifica di un livello adeguato di protezione dei dati personali. Sulla base dei dati conferiti, non effettua profilazione degli utenti per finalità commerciali o di marketing.

Ogni altra attività di profilazione viene svolta unicamente per finalità inerenti al servizio sanitario, quali ad esempio campagne di screening indagini epidemiologiche, ecc.

I SUOI DIRITTI

Lei può esercitare i diritti previsti dagli artt. da 15 a 22 del GDPR 2016/679 (può accedere ai Suoi dati ed avere informazioni, verificarne l'esattezza e richiederne l'integrazione, l'aggiornamento, la rettifica, può richiederne la cancellazione salvo i limiti di legge e la limitazione del trattamento nelle ipotesi previste dalla legge, può richiedere la trasmissione dei suoi dati ad altro Titolare e può opporsi al trattamento al ricorrere di situazioni particolari).

Inoltre, limitatamente ai casi per cui il trattamento è basato sul Suo consenso, Lei ha la facoltà di revocare il consenso, salva la liceità del trattamento effettuato antecedentemente alla revoca.

MODALITÀ DL SERVIZIO DEI DIRITTI

Lei potrà rivolgersi al Titolare ed al Responsabile della protezione dati (RPD) per far valere i Suoi diritti così come previsto dall'art. 12 del GDPR 2016/679, attraverso l'invio di una richiesta, ad uno dei seguenti indirizzi: posta elettronica certificata: protocollo@pec.aslcittaditorino.it e/o posta elettronica: urp@aslcittaditorino.it., comellini@comellini.it (RPD), secondo le modalità previste per la trasmissione telematica dell'istanza alle pubbliche amministrazioni e utilizzando il modello pubblicato nella sezione "Privacy" del sito web www.aslcittaditorino.it.

In caso di illecito trattamento o di mancata risposta da parte del Titolare o del RPD, Lei può presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei Dati Personali (i cui recapiti sono rinvenibili sul sito www.garanteprivacy.it),

NOTE FINALI

Qualora avesse bisogno di delucidazioni sul contenuto di questo documento non esiti a richiederle agli operatori dell'ASL, prima della sottoscrizione.

Con la sottoscrizione il Sig./Sig.ra: _____ (indicare nome e cognome), dichiara di aver letto e compreso le informazioni ivi contenute.

Data _____ Firma _____

Struttura ^{SSD} SSD DAY HOSPITAL – CENTRO OSTEOMIELITI

Indicare la struttura organizzativa aziendale

AUTORIZZAZIONE PER COMUNICAZIONI ED INFORMAZIONI

*D. Lgs. 30.06.2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.i.
e GDPR n. 2016/679 del 27.04.2016*

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ per sé o, in qualità di esercente la responsabilità genitoriale/tutoriale, per _____ (cognome e nome del soggetto minore o sottoposto a misura di protezione), nato a _____, il _____ dichiara di aver ricevuto le informazioni di cui agli artt. 13 e 79 del D.lgs. 30.6.2003 n. 196 e dell'art. 13 del GDPR n. 2016/679 del 27.04.2016 **riguardo alla comunicazione di informazioni relative al ricovero/prestazione/stato di salute ai soggetti richiedenti, e:**

☐ **AUTORIZZA** la comunicazione alle seguenti persone:

- familiari (coniuge, parenti, affini – indicare quali)
- altre persone (indicare quali)

- ☐ delle proprie generiche condizioni di salute
- ☐ delle proprie condizioni di salute in situazione di emergenza
- ☐ ogni informazione

Della presenza nell'Ospedale e in Reparto può essere data informazione:

- ☐ a tutti
- ☐ a nessuno
- ☐ a tutti con esclusione di

Torino _____ Firma dell'interessato _____ Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale o tutoriale _____

IN CASO D'INCAPACITÀ PSICO- FISICA TEMPORANEA dell'Interessato

Il sottoscritto Dott. _____, dichiara che il/la signor/a _____, non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, pertanto ai sensi dell'art. 82 del D.Lgs. 196/03, **l'autorizzazione** alla comunicazione di informazioni, previa informativa e fino al persistere dell'impossibilità da parte dell'interessato, viene acquisita da:

- ☐ prossimo congiunto (specificare nome e cognome) _____
 - ☐ familiare (specificare nome e cognome) _____
 - ☐ convivente (specificare nome e cognome) _____
 - ☐ responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato (specificare) _____
- che indica altresì le persone a cui effettuare comunicazioni in merito alla salute del paziente.

Torino ____/____/____ Timbro e firma del medico _____ Firma di chi rilascia l'autorizzazione per l'interessato _____

SC/SSD/SS_ DAY HOSPITAL – CENTRO OSTEOMIELITI

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI
D. Lgs. 30.06.2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.i.
e GDPR n. 2016/679 del 27.04.2016

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____, il _____
residente a _____, via _____, per sé o, in qualità
di esercente la responsabilità genitoriale/tutoriale, per _____ (cognome e nome del
soggetto minore o sottoposto a misura di protezione), nato a _____, il _____;

acquisite e comprese le informazioni fornite dal Titolare del trattamento attraverso la nota
informativa riportata sul retro del presente modulo, consapevole in particolare che il trattamento
riguarderà i dati personali e sensibili, come esplicitato nell'informativa;

AUTORIZZA

- il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle finalità indicate nell'informativa e la
comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa allegata al presente modello (anche
in relazione ad eventuali trasferimenti presso altri reparti o strutture sanitarie).

Torino	Firma dell'interessato	Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale o tutoriale
___/___/___	_____	_____

inoltre AUTORIZZA (facoltativo)

il trattamento dei dati ai fini di formazione, studio e ricerca scientifica da parte del personale dell'A.S.L.
Città di Torino e degli studenti autorizzati.

Torino	Firma dell'interessato	Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale o tutoriale
___/___/___	_____	_____

IN CASO D'INCAPACITÀ PSICO-FISICA TEMPORANEA dell'Interessato

Il sottoscritto, Dott. _____, dichiara che il signor _____,
non è nelle condizioni psicofisiche per poter esprimere il proprio valido consenso, pertanto ai sensi
dell'art. 82 del D.Lgs. 196/03, il consenso al trattamento dei dati, previa informativa e fino al persistere
dell'impossibilità da parte dell'interessato, viene rilasciato da:

- ☐ prossimo congiunto (specificare nome e cognome) - _____
- ☐ familiare (specificare nome e cognome) _____
- ☐ convivente (specificare nome e cognome) _____
- ☐ responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato (specificare) _____

che indica altresì le persone a cui effettuare comunicazioni in merito alla salute del paziente.

Torino	Timbro e firma del medico	Firma di chi rilascia il consenso per l'interessato
___/___/___	_____	_____

I DATI PERSONALI, SENSIBILI E GIUDIZIARI (*) CONFERITI A QUESTA STRUTTURA SONO TRATTATI ESCLUSIVAMENTE PER FINALITÀ ISTITUZIONALI (PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE) DELLA SC _____ E PER FINALITÀ AMMINISTRATIVE CORRELATE.

(*)TIPOLOGIA DEI DATI

- **PERSONALI:** QUALI AD ESEMPIO DATI ANAGRAFICI, DOMICILIO, RESIDENZA, CODICE FISCALE, IBAN, STATO CIVILE, PROFESSIONE, RECAPITO TELEFONICO, INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA PERSONALE;
- **SENSIBILI:** QUALI AD ESEMPIO DATI SANITARI, STATO DI SALUTE, STILE DI VITA, ORIENTAMENTO SESSUALE, ETNIA, RELIGIONE, ADESIONE A PARTITI POLITICI E A SINDACATI;
- **GIUDIZIARI.**

IL CONFERIMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI È OBBLIGATORIO PER POTER EFFETTUARE LE PRESTAZIONI RICHIESTE E /O NECESSARIE PER LA TUTELA DELLA SALUTE E LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ SANITARIA-ASSISTENZIALE. DATI INCOMPLETI O MANCANTI POSSONO COMPORTARE ALTA POSSIBILITÀ DI ERRORE, CON CONSEGUENTI DANNI PER L'UTENTE, NONCHÉ L'IMPOSSIBILITÀ DA PARTE DEL PERSONALE ADDETTO DI GESTIRE L'ATTIVITÀ A CUI È PREPOSTO.

IL MANCATO CONFERIMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI, CON L'ECCEZIONE DEI TRATTAMENTI URGENTI E QUELLI DISPOSTI DA AUTORITÀ PUBBLICA (SINDACO, AUTORITÀ GIUDIZIARIA, ECC.) COMPORTA L'IMPOSSIBILITÀ DI EROGARE LA PRESTAZIONE SANITARIA.

I TRATTAMENTI DEI DATI SONO EFFETTUATI DA PERSONALE AUTORIZZATO; TUTTI GLI OPERATORI SONO TENUTI AL RISPETTO DELLA NORMATIVA DI LEGGE PER QUANTO ATTIENE LA RISERVATEZZA DEI DATI TRATTATI.

I DATI SARANNO CONSERVATI PER IL TEMPO NECESSARIO PREVISTO DALLE VIGENTI NORME DI LEGGE E REGOLAMENTARI.

I DATI SONO TRATTATI CON STRUMENTI SIA CARTACEI CHE ELETTRONICI NEL RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE REGOLE CONCERNENTI LE MISURE ADEGUATE DI SICUREZZA PER EVITARE RISCHI DI PERDITA, DISTRUZIONE O ACCESSO NON AUTORIZZATO.

I DATI PERSONALI IN AMBITO SANITARIO POSSONO ESSERE OGGETTO DI COMUNICAZIONE PER LE FINALITÀ ISTITUZIONALI E NEI LIMITI CONSENTITI DALLA NORMATIVA. I DATI FORNITI POTRANNO ESSERE COMUNICATI NELLE SOLE PARTI ESSENZIALI, PER OTTEMPERARE AD OBBLIGHI E FINALITÀ AMMINISTRATIVE, ISPETTIVE, INVESTIGATIVE, E/O DI LEGGE DEGLI ORGANISMI PREPOSTI (ENTI DEL SSN, ENTI PREVIDENZIALI, DATORE DI LAVORO DELL'INTERESSATO, ORGANI DI VIGILANZA IN MATERIA SANITARIA, AUTORITA' GIUDIZIARIA, ECC.) ED ALTRI ENTI/SOCIETÀ/ASSOCIAZIONI FORMALMENTE AUTORIZZATE AL TRATTAMENTO DATI.

I DATI PERSONALI RACCOLTI POTRANNO ESSERE TRATTATI, PREVIO CONSENSO SPECIFICO DELL'INTERESSATO, ANCHE PER FINALITÀ DI FORMAZIONE, STUDIO E RICERCA SCIENTIFICA DA PARTE DEL PERSONALE DELL'AZIENDA E DEGLI STUDENTI AUTORIZZATI. I RISULTATI DI STUDI E RICERCHE SARANNO DIFFUSI SOLTANTO ASSICURANDO L'ANONIMATO DEGLI INTERESSATI.

QUEST'ULTIMO CONSENSO NON È OBBLIGATORIO PER OTTENERE L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA E PUÒ ESSERE REVOCATO IN QUALSIASI MOMENTO (VEDERE MODELLO RACCOLTA CONSENSO).

GLI INTERESSATI POSSONO ESERCITARE, CON LE LIMITAZIONI PREVISTE DALL'ART. 23, E NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA NAZIONALE VIGENTE, I DIRITTI PREVISTI DAGLI ARTT. DA 15 A 22 DEL GDPR 2016/679:

DIRITTO DI ACCESSO (ART.15), DIRITTO DI RETTIFICA (ART.16), DIRITTO ALLA CANCELLAZIONE (ART. 17), DIRITTO DI LIMITAZIONE DEL TRATTAMENTO (ART.18), DIRITTO CONNESSO ALL'OBBLIGO DEL TITOLARE DI NOTIFICA IN CASO DI RETTIFICA O CANCELLAZIONE DEI DATI PERSONALI O LIMITAZIONI DI TRATTAMENTO (ART.19), DIRITTO ALLA PORTABILITÀ DEI DATI (ART. 20), DIRITTO DI OPPOSIZIONE (ART. 21), DIRITTO CONNESSO CON IL PROCESSO DECISIONALE AUTOMATIZZATO RELATIVO ALLE PERSONE FISICHE, COMPRESA LA PROFILAZIONE (ART.22).

L'AZIENDA, SULLA BASE DEI SUDDETTI DATI COSÌ CONFERITI, NON EFFETTUA PROFILAZIONE DEGLI UTENTI E NON TRASFERISCE DATI AL DI FUORI DELL'UNIONE EUROPEA AD ECCEZIONE DI QUANTO INDICATO DALL'AUTORITA' GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI.

IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI È L'A.S.L. CITTA' DI TORINO – SEDE LEGALE VIA SAN SECONDO, 29, TORINO.

IL RESPONSABILE DEI DATI (RdS) È IL DIRETTORE DELLA S.C./SSD/S.S.

IL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD) È

AL TITOLARE E AL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DATI (RPD), L'INTERESSATO SI POTRÀ RIVOLGERE PER FAR VALERE I PROPRI DIRITTI COSÌ COME PREVISTO DALL'ART. 12 DEL GDPR 2016/679, ATTRAVERSO L'INVIO DI UNA RICHIESTA AD UNO DEI SEGUENTI INDIRIZZI:

- posta elettronica certificata: protocollo@pec.aslcittaditorino.it _posta elettronica: urp@aslcittaditorino.it

RICERCHE DI LABORATORIO ALL'ENTRATA DEL PAZIENTE

ESAME EMOCROMOCITOMETRICO

ESAME URINE[illegible]